N° 32.

2

DE LA

PNEUMONIE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 8 AVRIL 1837;

PAR

Pierre **GINGIBRE**,

De Fabrègues (Hérault),

Chirurgien Aide-Major au 9e Régiment d'Infanterie Légère;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

La médecine est une république où chaque médecin, comme citoyen, a le droit d'énoncer ses opinions. Les observations, en apparence les plus futiles, conduisent quelquefois à de grands résultats. Cette république doit sa prospérité aux recherches des savants, aux doutes de ceux qui cherchent à s'instruire, et au courage de ceux qui franchissent les routes ordinaires.
Traduit de Sarconne.

MONTPELLIER,
Imprimerie de Veuve RICARD, née GRAND, place d'Encivade.
1837.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET, *Examinat.* Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL, *Suppléant.* Chimie.
DUBRUEIL, *Président.* Anatomie.
DUGÈS. Path. chir., opérat. et appar.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérap. et matière médic.
RIBES, *Examinateur.* Hygiène.
RECH, *Examinateur.* Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chim. médic.-générale et Toxicol.
RENÉ. Médecine légale.
N........ Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

Aug.-Pyr. de CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.
Kuhnholtz.
Bertin.
Broussonnet.
Touchy.
Delmas.
Vailhé, *Examinat.*
Bourquenod, *Suppléant.*

MM. Faces.
Batigne.
Pourché.
Bertrand.
Pouzin, *Examinat.*
Saisset.
Estor.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PARENT,

M. LOUIS-ARMAND **DOUTRELAINE**,

Officier de la Légion d'honneur, Chevalier de plusieurs autres ordres, Officier supérieur Commandant la place du Quesnoi.

Je sens tout le prix des bontés que vous avez eues pour moi; aussi soyez convaincu que rien ne peut altérer la reconnaissance et l'affection dont je suis à jamais pénétré pour vous.

A MON COUSIN,

M. L'ABBÉ **GINGIBRE**,

Chanoine titulaire du Chapitre de Montpellier.

Tous ceux qui ont le bonheur de vous connaître joignent au respect que commande votre caractère celui qu'inspirent vos vertus. Vous avez acquis des droits à l'estime et à la reconnaissance publiques par tout le bien que vous avez fait dans l'exercice de votre saint ministère. Vivez encore long-temps au milieu d'une population qui vous honore, et le ciel aura exaucé les vœux de celui qui est fier de pouvoir vous appeler son parent.

P. GINGIBRE.

A M. l'Abbé ANCELIN,

Curé de la Paroisse des Invalides, à Paris.

Je me plais à proclamer aujourd'hui que je joins à ma profonde admiration inspirée par vos rares vertus, la plus vive reconnaissance pour les bontés dont vous m'avez comblé.

A M. le Docteur GRÉPINET,

Médecin à Landrecy.

Une amitié sincère est un bien précieux; vous me l'avez donné; puissé-je le posséder long-temps! Quant à moi, je vous ai voué une affection qui ne finira qu'avec ma vie.

P. GINGIBRE.

A MA FEMME, A MA FILLE.

Au milieu des préoccupations les plus sérieuses, votre image chérie se présente à mon esprit et me donne les plus douces émotions. Objets de mon amour et de ma tendresse, ai-je besoin de vous dire combien vous m'êtes chers !..... Vous le savez, ma vie tout entière doit vous être consacrée ; vous rendre heureux, c'est là le but que je m'efforce d'atteindre.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

Vous n'avez pas reculé devant de nombreux sacrifices ; et vous n'avez jamais cessé de me combler de soins et de bienfaits. Mon cœur a besoin de proclamer hautement vos bontés, et de vous donner un témoignage public d'amour, de respect et de reconnaissance.

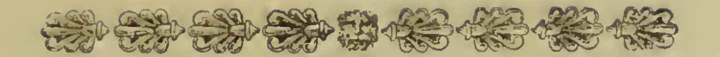
A MON BEAU-PÈRE, A MA BELLE-MÈRE.

Je sais combien vous m'aimez : croyez, à votre tour, que ma tendresse et mon dévouement pour vous ne connaissent point de bornes.

A MES FRÈRES ET SOEURS,
A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SOEURS.

Amitié la plus vive, attachement le plus sincère.

P. GINGIBRE.



DE LA

PNEUMONIE.

La fréquence et la gravité de l'état morbide dont je vais m'occuper devaient de bonne heure fixer l'attention des Médecins : aussi Hippocrate l'indique souvent et le décrit sous le nom de péripneumonie. Arétée en a tracé un tableau exact. Cœlius-Aurelianus, Paul d'Égine, Celse, ont laissé, sur divers points de l'histoire de la pneumonie, des documents fort utiles. Baglivi sentait toute l'importance de l'étude de cette maladie, lorsqu'il s'écriait : *ô quantùm difficile est curare morbos pulmonum! ô quantò difficiliùs eosdem cognoscere et de iis certum dare præsagium! Fallunt vel peritissimos ac ipsos medicinæ principes.*

Boërhaave et Stoll se sont beaucoup occupés de la pneumonie, et appliqués à distinguer la pneumonie

vraie de la pneumonie latente, qui n'était pour eux, ainsi que Baglivi l'avait déjà signalé, que le commencement de la phthisie pulmonaire. Pujol adopta cette opinion dans son Essai sur l'inflammation chronique des viscères. « On convient généralement aujourd'hui sans peine que toutes les suppurations sourdes de la poitrine supposent une inflammation antérieure, laquelle a été le plus souvent assez faible et assez lente pour n'être pas aperçue ; mais on ne s'imagine pas aussi aisément que, le terme de la suppuration étant arrivé, l'inflammation lente ait encore lieu dans les surfaces ulcérées, et qu'un phthisique qui crache le pus puisse être en même temps travaillé de phlogose ; c'est pourtant là ce qui arrive le plus souvent. »

Pinel, Bayle, Laënnec, Delpech, vinrent poser, dans leurs beaux travaux sur les tubercules, une ligne de démarcation entre la pneumonie et la phthisie pulmonaire, et s'efforcèrent de démontrer que ces deux états morbides ne devaient point être confondus.

Contre l'opinion de M. Broussais, qui, pour être conséquent à ses principes, devait reproduire les idées de Boërhaave et de Pujol, la plupart des médecins pensent aujourd'hui qu'il existe une différence essentielle entre la pneumonie et la phthisie pulmonaire.

Qu'est-ce que la pneumonie ? Elle est généralement définie l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Il me paraît qu'en adoptant une définition qui exprime la nature intime de la maladie, les auteurs ne se montrent pas assez rigoureux, assez sévères dans l'appréciation des phénomènes qui se manifestent; car quelle diversité n'existe-t-il pas dans les causes, dans les symptômes de la pneumonie, et dans les méthodes thérapeutiques à l'aide desquelles on parvient à la combattre ! En disant qu'une maladie est constituée par l'inflammation, n'est-ce pas indiquer qu'elle doit être produite par les causes de l'inflammation, qu'elle doit en présenter les phénomènes ordinaires, et qu'elle réclame l'emploi des moyens par lesquels l'inflammation est vaincue ? Eh bien ! que se passe-t-il ? N'y a-t-il pas, sous le triple rapport de l'étiologie, de la symptomatologie et de la thérapeutique, des différences immenses entre la pneumonie telle qu'elle se présente souvent, et l'inflammation telle qu'elle est décrite ? Me dira-t-on que, si la pneumonie ne présente pas toujours les caractères d'une véritable inflammation, elle le doit aux divers états morbides qui viennent la compliquer ? Mais les complications peuvent modifier une maladie, et non lui imprimer un changement complet. Ou bien, voudra-t-on admettre diverses espèces d'inflammation, et faire ainsi de cette dernière une cause tellement générale, qu'elle présiderait à tous les phénomènes de la santé et de la maladie ? Rien ne serait

plus propre à jeter la confusion dans les esprits. En effet, l'inflammation serait la cause de tous les actes pathologiques; elle détruirait nos tissus, et serait alors *ulcérative ;* elle les endurcirait dans quelques circonstances, et les ramollirait dans d'autres; elle engendrerait le cancer, le tubercule et les autres produits organiques morbides : d'autre part, on l'a dit, elle présiderait à la consolidation de toute partie divisée, à la réparation de toute partie détruite, et même à la reproduction de l'espèce; l'inflammation, en un mot, serait la cause unique de la vie, de la santé, de la maladie et de la mort. Dans quelles erreurs ne serait-on pas entraîné par de tels principes? Je dirai de l'inflammation, avec un des hommes les plus distingués de l'École de Paris, le professeur Andral : « Cette expression est devenue tellement vague, son interprétation est tellement arbitraire, qu'elle a réellement perdu toute valeur; elle est comme une vieille monnaie sans empreinte, qui doit être mise hors de cours; car elle ne causerait qu'erreur et confusion (1). »

Je ne dirai donc point que la pneumonie n'est que l'inflammation du poumon, mais bien que ce dernier peut, comme tout autre organe, et plus facilement encore, à cause de la nature de ses fonctions, être le lieu de manifestation de diverses affections morbides. La pneumonie peut être inflammatoire ; mais

(1) Anat. pathol., t. I, p. 9.

les affections catarrhale, bilieuse, adynamique, ataxique, etc., ne peuvent-elles pas se localiser sur le poumon, et déterminer ainsi des *fluxions de poitrine* qui devront essentiellement différer les unes des autres ?

L'épidémie qui règne encore au milieu de nous fournit un appui bien puissant à l'opinion que je viens d'émettre. La grippe, ou *influenza*, cette affection qui se rapproche sous bien des rapports du catarrhe, mais qui s'en éloigne par quelques traits et constitue ainsi un état morbide *sui generis*, la grippe se manifeste par des symptômes communs, généraux, qui en constituent le caractère; mais elle donne à observer aussi des symptômes particuliers qui en établissent les variétés : ainsi elle revêt les formes les plus variées ; les formes pleurétique et pneumonique sont celles qu'elle affecte le plus dans ce moment. Pourrait-on s'empêcher de reconnaître ici une affection qui peut bien n'être que générale, mais qui, si elle vient à se localiser, peut déterminer l'apoplexie, la pneumonie, etc. ?

Cette manière d'envisager la pneumonie me paraît la plus propre à concilier les opinions ; on peut expliquer ainsi l'action de causes différentes, le développement de phénomènes variés, et justifier la diversité des méthodes thérapeutiques.

Par ce qui précède, j'ai fait pressentir la manière dont j'envisageais les divers points de l'histoire de la

pneumonie. Considérant cette dernière comme pouvant n'être que la manifestation d'un grand nombre d'affections morbides, il me faudrait, pour être complet, longuement disserter sur ces affections, et en étudier toutes les circonstances. Je conçois l'importance, mais aussi toute la difficulté d'un semblable travail, et je me borne aux réflexions générales précédemment émises, dont il faudra faire l'application aux diverses parties que je vais passer en revue.

CAUSES.

On a placé la disposition du poumon au premier rang parmi les circonstances qui favorisent le développement de la pneumonie; en effet, son organisation vasculaire, ses fonctions et ses sympathies, lui donnent une grande aptitude à contracter des maladies. Néanmoins, outre ces circonstances favorables, la pneumonie exige encore l'action de causes qui sont généralement distinguées en prédisposantes et en occasionnelles.

Parmi les causes qui prédisposent à la pneumonie, on a rangé un climat froid, l'habitation des lieux exposés au nord, une température froide et sèche. *Hieme verò*, dit Hippocrate, *pleuritides*, *peripneumoniæ...., tusses*, *dolores pectorum et laterum* (*aph.* 23, *sect.* 3). *Frigida velut nix*, *glacies*, *pectori inimica*,

tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt (*aph.* 24, *sect.* 5).

Ultrà hanc ætatem (*juventus*), dit encore Hippocrate, *verò progressis, asthmata, pleuritides, peripneumoniæ* (*aph.* 30, *sect.* 3); MM. Andral et Guersent ont néanmoins démontré que la pneumonie se manifestait très-souvent dans l'enfance.

Le tempérament et la constitution doivent encore être rangés au nombre des causes qui prédisposent au développement de la pneumonie.

On ne doit point oublier la cessation d'une évacuation habituelle, l'abus des liqueurs alcooliques, tout ce qui peut favoriser la pléthore.

Il est des causes prédisposantes de la pneumonie qui lui sont spéciales : telle est la mauvaise conformation du thorax, naturelle ou acquise ; telle est encore la profession : ainsi les plâtriers, les ouvriers employés dans les fabriques d'acides, et tous ceux qui sont exposés aux émanations irritantes, les joueurs d'instruments à vent, les crieurs publics, et tous ceux qui impriment à leurs organes respiratoires un exercice violent et réitéré, contractent plus facilement la pneumonie que ceux qui se trouvent dans des circonstances contraires.

Parmi les causes occasionnelles de la pneumonie, on doit placer le passage brusque d'une température à une autre, la suppression accidentelle des flux menstruel, hémorroïdal, la disparition de l'érysipèle, de la rougeole, ou de tout autre exanthème, la répercussion de la goutte, du rhumatisme.

Il est encore des causes qui peuvent déterminer la pneumonie en agissant directement sur le poumon : ainsi un corps étranger introduit dans les voies aériennes, des coups portés sur la poitrine, des plaies pénétrantes de cette cavité, une fracture de côte, l'ablation du sein, peuvent donner lieu à des phénomènes pneumoniques ; mais cette espèce de pneumonie, qu'on peut appeler traumatique, diffère bien essentiellement de celle qui se présente si communément à l'observation.

Ce que j'ai dit en commençant me dispense d'énumérer ici les constitutions médicales et les diverses affections morbides nerveuses, catarrhales, ataxiques, adynamiques, intermittentes, etc., etc., qui peuvent donner lieu à la pneumonie, et lui impriment un cachet tout particulier.

SYMPTOMES, MARCHE, TERMINAISONS.

Le mode de succession des divers phénomènes par lesquels la pneumonie se manifeste peut donner lieu à des considérations extrêmement importantes, et amener à établir des distinctions qui sont d'une haute utilité. Que se passe-t-il, en effet, dans le plus grand nombre des cas ? Il se déclare subitement, disent les auteurs, un frisson suivi d'une chaleur plus ou moins intense ; le malade éprouve un malaise général, des douleurs, des lassitudes, de la pe-

santeur dans les jambes, etc. Ce sont là les phénomènes qui apparaissent les premiers. Cette affection fébrile reste ainsi plus ou moins long-temps seule, sans affecter aucun siége, et offre des caractères variés, suivant qu'elle est de nature catarrhale, ataxique, adynamique, etc. Ordinairement après vingt-quatre ou trente-six heures, quelquefois plus tôt, dans d'autres cas plus tard, se montrent des symptômes qui annoncent qu'une congestion a lieu vers la poitrine; l'affection, quelle qu'elle soit, se localise; alors surviennent la douleur, la toux, la difficulté de respirer, phénomènes auxquels le médecin porte la plus grande attention, et qui ne lui laissent plus aucun doute sur la nature du mal qu'il doit combattre.

Qu'induire de ce tableau, qui est l'expression fidèle de ce qui se passe dans la pluralité des cas? L'état fébrile n'a-t-il pas ici la plus grande part? Il est bien le phénomène culminant; et les anciens avaient bien senti toute l'importance de son rôle, lorsqu'ils avaient donné à l'état morbide qui nous occupe le nom de fièvre pneumonique, péripneumonique. Ils avaient bien observé que, dans une foule de circonstances, la fièvre domine l'état morbide du poumon: ainsi, l'intermittence, l'adynamie, l'ataxie, les affections catarrhales, bilieuses, etc., peuvent tellement subjuguer l'état pneumonique, qu'elles constituent les bases fondamentales des indications thérapeutiques. Les livres de Torti, de Sydenham, de Baillou, de Frank,

de Dumas, de Stoll et des plus habiles observateurs, fournissent les faits les plus concluants en faveur de ces idées, que les modernes commencent à adopter, et que l'on voit reproduire par les journaux de médecine le plus habilement rédigés, la Revue et la Gazette médicales et le Bulletin général de thérapeutique.

Je dois l'avouer, la fièvre est, dans d'autres circonstances, évidemment consécutive à la maladie du poumon; l'état local est le point de départ; c'est lui qui doit principalement fixer l'attention des médecins. J'ai dit, dans l'étiologie, quel était le genre de causes qui devait donner lieu aux cas dont il s'agit; l'on a alors affaire à une maladie réactive. Quelle immense différence ne devra-t-on pas observer dans les circonstances qui précèdent, qui accompagnent ou qui suivent des états si diamétralement opposés!

Après avoir émis ces quelques idées, qui me paraissent fondamentales, je vais rapidement parcourir les phénomènes locaux que la pneumonie présente.

La douleur en est le plus souvent le premier symptôme. Elle est ordinairement obtuse, gravative, et parfois pongitive. La douleur gravative augmente par l'inspiration; celle qui est pongitive, par l'expectoration. Son siége le plus ordinaire est au-dessous du sein, ou derrière le sternum; elle se fait sentir à droite ou à gauche, suivant que l'organe malade est situé de l'un ou de l'autre côté. Néanmoins, Laënnec assure que, dans quelques cas, la douleur n'est sensible

qu'au côté sain; et Morgagni rapporte une observation dans laquelle les traces de l'inflammation ont été trouvées au côté opposé à celui que la douleur avait constamment occupé.

La toux est d'abord douloureuse et sèche; elle nécessite des efforts qui augmentent le mal; elle secoue vivement, dit M. le professeur Broussais, la trachée artère et la rend douloureuse, vide les vésicules pulmonaires, y fait affluer les mucosités et même le sang, les engorge, les enflamme, ce qui nécessite de nouvelles secousses qui augmentent de plus le chatouillement qui provoque les expirations convulsives. Plus tard elle devient humide, et amène des crachats qui, d'abord muqueux et visqueux, s'épaississent ensuite, et sont quelquefois mêlés de sang.

L'état de la respiration est important à observer; elle est plus ou moins gênée, courte, difficile, fréquente.

La douleur, la toux, la gêne de la respiration, que je viens de présenter comme les phénomènes ordinaires de la pneumonie, peuvent manquer complètement; et l'on a souvent trouvé, à l'ouverture des cadavres, des traces de maladies qui n'avaient été nullement soupçonnées. M. Dance dit, dans le Dictionnaire de médecine: « Il est des cas, plus fréquents qu'on ne pense, dans lesquels de profondes lésions des organes thoraciques ne se traduisent au dehors par aucune gêne apparente de la respiration, par aucun trouble, aucune douleur. » C'est

principalement dans ces cas de fluxions de poitrine, appelées *latentes*, que le praticien devra invoquer les lumières que peuvent lui fournir la percussion et l'auscultation. Je ne partage pas l'opinion de ceux qui pensent qu'à l'aide de ces deux moyens d'investigation, l'on doit sûrement, infailliblement établir le diagnostic des maladies de poitrine ; M. Bouillaud et quelques autres médecins, d'ailleurs très-recommandables, montrent, pour l'auscultation et la percussion, un enthousiasme qui va au-delà de la vérité. Combien de pneumonies et de pleurésies un médecin exercé ne caractérise-t-il pas avec la plus parfaite exactitude, sans recourir à ces deux moyens? Mais, dans les cas difficiles, lorsque les symptômes sont obscurs ou manquent complètement, l'auscultation et la percussion peuvent être d'un puissant secours, et l'on serait coupable de les négliger.

La marche de la pneumonie offre beaucoup de variétés : on pressent facilement toutes les différences qu'elle doit présenter, suivant la cause affective qui lui donne naissance ; il en est de même de sa durée, de sa gravité. Si la pneumonie est idiopathique, sa marche est rapide ; elle dure de 7 à 14 jours environ. M. Martin-Solon a observé, à la clinique de M. Récamier, que, sur quarante-un cas de pneumonie, les trois quarts environ se sont terminés du sixième au vingtième jour, et que moins d'un dixième sont passés à l'état chronique. Lorsque la résolution doit s'opérer,

elle s'annonce par la diminution de la douleur et de la toux, mais principalement par une expectoration prompte et facile de crachats épais, jaunâtres, mêlés d'un peu de sang : *Mitissimi sunt morbi pectoris*, dit Hippocrate, *in quibus cruenta sputa dejiciuntur*. Le pouls perd sa fréquence; la respiration devient de plus en plus libre; l'oreille perçoit le murmure respiratoire, et le son peut être provoqué par la percussion. La langue s'humecte, la soif se modère, les yeux et la face perdent leur rougeur. Une crise heureuse peut s'opérer par diverses voies : le plus souvent ce sont les crachats qui jugent la maladie, ainsi que je viens de le dire; mais d'autres fois, des hémorragies, des sueurs copieuses, des urines sédimenteuses, des déjections alvines abondantes, des éruptions exanthématiques, sont les moyens que la nature emploie pour amener la guérison. La doctrine des jours critiques trouve souvent ici son application : c'est du quatrième au septième jour, vers le quatorzième, vers le vingt-unième, que la résolution a lieu. « Lorsque, dit Pinel, il survient, le quatrième ou le cinquième jour, une sueur abondante, un flux hémorroïdal, une abondante sécrétion d'urine, ou des déjections bilieuses, ce sont des circonstances favorables à la terminaison. » Chaque crise est annoncée par des symptômes qui lui sont propres.

La suppuration est une terminaison dangereuse; elle a ordinairement lieu vers le deuxième septénaire de la maladie, s'annonce par la persistance des symp-

tômes, par des frissons légers, mais fréquents; le pouls acquiert de la fréquence; l'oppression augmente; la toux devient opiniâtre; la peau est sèche, chaude; il y a des sueurs nocturnes; le malade maigrit considérablement; sa faiblesse est très-grande. Le plus souvent le poumon s'engoue, et le malade meurt suffoqué; dans des cas fort rares, le pus se fait jour dans la cavité de la plèvre ou à travers les parois thoraciques; il peut arriver, dans quelques circonstances heureuses, que le pus se fraye un chemin par les bronches, et qu'il soit expulsé par l'expectoration.

La pneumonie peut se terminer d'une manière bien fâcheuse, par l'hépatisation du poumon; cette terminaison, qui arrive ordinairement du troisième au septième jour, s'annonce par la suppression des crachats, l'augmentation de la dyspnée; le pouls devient tremblotant; le délire se manifeste, et la suffocation a lieu. La percussion et l'auscultation sont fort utiles pour préciser les progrès de cette terminaison.

Lorsque la gangrène termine la pneumonie, l'expectoration fournit des crachats noirs et fétides; la faiblesse du malade devient extrême, le pouls misérable; les traits de la face se décomposent; l'odeur gangréneuse se manifeste par la respiration du malade, la maigreur s'accroît rapidement, et la mort ne tarde pas à survenir. Heureusement la gangrène survient si rarement dans la pneumonie, que,

d'après Laënnec, elle peut à peine être rangée au nombre de ses terminaisons.

Enfin, la pneumonie peut passer à l'état chronique. J'ai déjà dit que, pour quelques médecins, la phthisie pulmonaire n'était pas autre chose que cette terminaison; mais j'ai dit aussi que je ne partageais nullement cette manière de penser.

L'anatomie pathologique a démontré des altérations diverses à la suite de la pneumonie. Bayle, Laënnec, le professeur Andral, ont signalé des désordres qui constituent trois degrés : au premier degré, ou dans les cas d'engouement, la partie affectée a pris une teinte rouge, le parenchyme pulmonaire crépite encore, mais son incision donne lieu à l'écoulement d'un liquide séro-sanguin; l'hépatisation rouge constitue le deuxième degré, et l'hépatisation grise le troisième. Lorsque la plèvre a participé, ainsi qu'il arrive dans la plupart des cas, à l'état morbide du poumon, l'examen anatomique découvre à la fois des altérations dans les deux organes. Je n'entre pas dans des détails descriptifs qui se trouvent longuement exposés dans les auteurs d'anatomie pathologique.

DIAGNOSTIC.

On s'efforce, en général, de distinguer la pneumonie du catarrhe pulmonaire, de la pleurodynie, de la pleurésie et de la péricardite.

Dans le catarrhe pulmonaire, la pression et l'inspiration n'augmentent pas la douleur qui se montre dans la direction des bronches. La toux est d'abord très-légère ; elle s'accroît et détermine l'expectoration de crachats muqueux qui ne sont que très-rarement sanguinolents. La fièvre est beaucoup moins intense ; le sthétoscope indique un râle muqueux sur le trajet de la trachée-artère et des bronches.

La pneumonie se distingue de la pleurodynie par le caractère de la douleur, qui, dans cette dernière, est extérieure, presque nulle lorsque la poitrine est immobile ; vive, au contraire, pendant qu'elle se dilate. De plus, dans la pleurodynie, la fièvre est modérée ; souvent même elle n'existe pas ; la toux est rare ; le sthétoscope indique que la respiration s'exécute normalement. Enfin, dans la pleurodynie, la pression la plus légère imprime à la douleur un accroissement sensible.

Suivant M. Bouillaud, rien ne serait plus facile que de distinguer la pneumonie de la péricardite. Le diagnostic de cette maladie, à l'aide du sthétoscope et de la percussion, est, dit cet auteur, établi sur les signes les plus certains, les plus invariables, et presque les plus infaillibles. Je ne sais si l'usage continuel que fait M. Bouillaud de l'instrument de Laënnec peut amener à cette certitude de diagnostic ; mais je crains bien que ce praticien ne se soit laissé aller, dans cette circonstance, à l'enthousiasme et à l'exagération. D'abord l'observation a

démontré que la péricardite existait très-rarement sans complication ; Corvisart et Laënnec, dont le témoignage doit être ici d'un grand poids, ont signalé cette circonstance ; et lorsque l'inflammation du péricarde est isolée de tout autre état pathologique, elle est extrêmement difficile à reconnaître ; Laënnec a pensé que la péricardite la plus latente était celle qui était dégagée de complication. C'est la plèvre qui s'associe le plus fréquemment à l'état morbide du péricarde ; et c'est ainsi une pleuro-péricardite, plutôt qu'une péricardite, dont le praticien a souvent à s'occuper. La péricardite se distinguera de la pneumonie en ce que l'expectoration est nulle ou très-peu abondante, la douleur brûlante et fixée à la région précordiale ; il existe un trouble du côté du cœur ; il y a tendance aux syncopes, aux lypothimies ; plus tard divers phénomènes, tels que l'infiltration, la lividité de la face, etc., indiquent que la circulation se fait mal.

Enfin, il importe au praticien de ne pas confondre la pneumonie avec la pleurésie : mais il est vrai de dire que ces deux états morbides se présentent rarement isolés l'un de l'autre ; dans les cas où les symptômes pleurétiques sont bien manifestes, le plus souvent le poumon ne reste pas étranger à l'altération de la plèvre, et *vice versâ* ; c'est à la *péripneumonie*, ou mieux à la *pleuropneumonie*, et j'aime mieux dire encore, à la *fièvre pleuropneumonique*, que l'on a le plus ordinairement affaire ; c'est cet état

que l'on a désigné et que l'on désigne encore si souvent sous le nom de fluxion de poitrine.

Lorsque la plèvre est seule affectée, la douleur est superficielle, fixe, vive, lancinante; elle augmente par les mouvements du thorax, surtout par l'inspiration, par la toux; cette dernière manque quelquefois; lorsqu'elle existe, elle est sèche, fréquente, petite. Pendant l'inspiration, le côté de la poitrine, qui est le siége du mal, se dilate moins que l'autre; lorsque les deux sacs séreux sont atteints, la respiration est, comme on le dit, abdominale; c'est le diaphragme qui en fait presque tous les frais. Dans la pneumonie, le malade se couche ordinairement sur le dos, tandis que, dans la pleurésie, il préfère le décubitus sur le côté affecté, à moins que les parties molles extérieures ne soient le siége de douleurs vives; et, dans ces cas, il se couche sur le côté sain. Les anciens avaient attaché de l'importance à l'exploration du pouls, auquel ils avaient reconnu de la dureté dans la pleurésie, de la mollesse dans la pneumonie. Lorsque la plèvre devient le siége d'un épanchement, la percussion et l'auscultation éclairent singulièrement le diagnostic. Grimaud a établi, dans son traité des fièvres, t. II, page 225, une distinction qui me paraît essentiellement fondamentale; d'après ce savant observateur, la pleurésie est un état plus particulièrement nerveux, que la douleur caractérise, tandis que la pneumonie est plus décidément humorale.

Voilà des données propres à faire distinguer la pneumonie de quelques maladies avec lesquelles elle a plus ou moins de ressemblance. Mais ce qu'il importe aussi beaucoup au praticien, c'est de distinguer la pneumonie dans ses différentes espèces ; je reviens sans cesse et comme malgré moi à l'idée que je m'efforce d'exprimer depuis le commencement de mon travail, savoir, que la pneumonie n'est pas un état morbide qui soit toujours le même, mais bien qui diffère, au contraire, suivant la cause affective ou autre qui l'a produite. Le praticien devra donc s'appliquer soigneusement à établir s'il s'agit d'une pneumonie bilieuse ou catarrhale, ataxique ou adynamique, ou intermittente, etc. ; c'est-à-dire qu'il devra faire le diagnostic des diverses affections qui peuvent donner lieu à la pneumonie ; car c'est sur ces affections que son attention devra principalement se fixer lorsqu'il aura à déployer ses moyens curatifs ; et par opposition à ces cas, où l'affection domine, et qui sont les plus communs, il devra examiner si l'état morbide du poumon ne serait pas idiopathique, primitif ; car c'est alors dans l'organe malade qu'on trouve la source principale des indications thérapeutiques.

PRONOSTIC.

La pneumonie est généralement considérée comme une maladie grave, dangereuse ; mais le pronostic

varie suivant une foule de circonstances. Les considérations qui précèdent font facilement pressentir toute la différence qui doit exister dans le jugement que porte le médecin, suivant qu'il a à combattre une pneumonie simple ou compliquée, idiopathique ou symptomatique d'une affection grave, etc. Le pronostic des affections qui peuvent produire la pneumonie est celui de la pneumonie elle-même.

A part ces circonstances, les auteurs les plus recommandables, Stoll, Baglivi, signalent l'état de la respiration comme propre à éclairer le médecin sur l'issue de la maladie. Ainsi, lorsque l'oppression fatigue tellement le malade qu'il est obligé, pour respirer, de garder une position verticale, le danger est grand. Des crachats abondants et expectorés avec facilité font espérer une terminaison heureuse, tandis qu'une issue funeste est fort à craindre, s'ils sont rendus difficilement et en petite quantité, ou qu'ils viennent à se supprimer tout à coup.

L'apparition des sueurs, un flux abondant d'urines sédimenteuses, sont des circonstances heureuses. Le passage de la douleur d'un point à un autre a été signalé comme un symptôme grave; on a pensé que cette circonstance indiquait les progrès de la maladie. Lorsque le délire se manifeste, le pronostic devient très-fâcheux.

Il est presque inutile de dire que l'âge, le tempérament, la constitution du malade, sont tout autant de circonstances qui font varier le pronostic de la pneumonie.

TRAITEMENT.

Tout ce que nous allons dire doit découler nécessairement de ce que nous avons déjà dit ; en effet, il ne peut pas y avoir une seule méthode thérapeutique à opposer à un état morbide qui n'est pas toujours le même ; mais, au contraire, le traitement doit être varié comme la maladie qu'il doit combattre.

Ce que disent la plupart des auteurs relativement au traitement de la pneumonie, ne peut guère s'appliquer qu'aux cas où cette dernière est due à une cause qui, agissant directement sur le poumon, y a déterminé une inflammation (pneumonie traumatique), ou bien aux cas où elle dépendra d'une affection inflammatoire ; dans la première circonstance, la pneumonie est locale ; dans la deuxième, elle est symptôme d'un état général ; mais dans l'une et l'autre, la méthode antiphlogistique est celle à laquelle il faudra surtout recourir. Cette méthode comprend les différentes espèces de saignées, les boissons émollientes et rafraîchissantes, etc. L'emploi des moyens antiphlogistiques doit être soumis aux règles posées par l'illustre Barthez, dans son beau traité des fluxions. « Lorsque, dans une maladie, dit ce savant auteur, la fluxion sur un organe est imminente, qu'elle s'y forme et s'y continue avec activité, comme aussi lorsqu'elle s'y renouvelle par reprises périodiques et autres, on doit lui op-

poser des évacuations révulsives par rapport à cet organe. Lorsque la fluxion est parvenue à l'état fixe dans lequel elle continue avec une activité beaucoup moindre qu'auparavant (dans les maladies aiguës), ou lorsqu'elle est devenue faible et habituelle (dans les maladies chroniques), on doit en général préférer les attractions et évacuations dérivatives. Après avoir fait précéder les révulsions et les dérivations qui sont indiquées, il faut souvent recourir à des attractions ou à des évacuations qu'on appelle locales, puisqu'elles sont dans les parties les plus voisines qu'il est possible de celle où se termine la fluxion, et où elle est comme concentrée. »

Quelques médecins, le célèbre Delpech entre autres, ont rangé parmi les agents antiphlogistiques le tartre stibié administré à haute dose; d'autres, ne cherchant pas à expliquer son mode d'action, l'ont appelé un moyen empirique : j'aime mieux, avec Delpech, classer le tartre stibié parmi les antiphlogistiques; mais, quoi qu'il en soit, sa puissance est reconnue, et c'est principalement dans la pneumonie que ses effets curatifs ont été constatés. Il est des circonstances où cette médicamentation doit être essentiellement préférée; c'est lorsque le malade est dans un état de débilité que la plus légère soustraction de sang ne pourrait pas manquer d'aggraver. En administrant l'émétique à haute dose, ce n'est point le vomissement que l'on cherche à provoquer; il faut, au contraire, pour que l'effet curatif s'opère, que

l'estomac et les intestins ne se révoltent pas contre le médicament, et qu'il y ait, comme on dit, *tolérance* ; néanmoins les premières doses du remède produisent nécessairement quelques évacuations gastriques et intestinales, et n'est-ce pas là un avantage de plus offert par le tartre stibié, qui peut ainsi remplir à la fois des indications qu'il n'est pas rare de trouver réunies ?

Lorsque la pneumonie dépend d'une autre cause que celles dont je viens de parler, qu'elle dérive d'une affection qui s'est localisée sur le poumon, je ne dis pas que le praticien ne doive pas tenir compte de l'état local, du lieu où se passe la scène morbide : l'état local est aussi une source d'indications thérapeutiques ; mais quelle autre importance ne faut-il pas attacher à l'état général qui cause le désordre ? On s'efforcerait en vain de vaincre le mal dans le lieu qu'il a choisi pour sa manifestation ; on verrait constamment échouer les moyens le plus énergiquement employés, si l'on ne remontait à la véritable origine, à la cause productrice des phénomènes morbides. A l'aide de ces principes, qui sont fondamentaux, je m'explique de la manière la plus satisfaisante les succès obtenus par les moyens thérapeutiques les plus variés, comme aussi je me rends très-facilement compte des insuccès des médecins qui, entraînés par l'esprit de secte et de système, ne voient jamais qu'irritation et inflammation. Parlez à ces médecins de pneumonies auxquelles vous n'aurez pas opposé

les saignées et les sangsues; dites-leur que vous avez guéri des fluxions de poitrine avec des toniques et des excitants; que vous en avez attaqué victorieusement d'autres avec les émétiques; dites-leur aussi qu'il est des cas où l'appareil antiphlogistique le plus énergiquement déployé n'ayant amené aucun changement favorable dans l'état du malade, vous avez appris, par une attentive observation, que tous les phénomènes morbides étaient sous la domination du génie intermittent, et que vous avez triomphé d'une pneumonie rebelle par quelques grains de sulfate de quinine : vous les entendrez s'écrier : *ce n'est pas possible.* Ou si, forcés de céder au témoignage irrécusable des faits les plus évidents, ils admettaient ce résultat de l'observation sans renoncer à leurs idées théoriques, quelle ne serait pas cette inconséquence? Leurs principes et leur conduite seraient dans une constante opposition; la théorie et la pratique jureraient de se trouver ensemble, et formeraient une monstrueuse alliance. Quel serait, en effet, ce mode d'être de l'homme malade qui céderait aux toniques, aux excitants, comme aux émollients et aux antiphlogistiques, aux émétiques comme aux saignées? Ou bien, établissant *diverses espèces d'inflammations*, admettraient-ils ainsi un véritable protée dont chaque forme réclamerait une thérapeutique particulière? J'ai dit, au commencement de ce travail, ce que je pensais de cette manière de philosopher. La saine logique repousse de tels principes; et ce n'est pas en forçant

les faits à plier sous des idées préconçues que l'on pourrait parvenir à satisfaire des esprits difficiles et judicieux.

Avec une philosophie contraire à celle que je viens de chercher à combattre, je m'explique parfaitement toute l'utilité des méthodes thérapeutiques les plus opposées. Au lieu du cadre étroit dans lequel serait renfermé l'art de guérir, j'aperçois toute l'étendue de sa puissance; je vois aussi, il est vrai, les aspérités s'accroître dans l'exercice de la médecine, car il ne s'agit plus alors d'un seul mode de traitement à opposer à un seul mode morbide; mais le rôle du médecin en devient plus beau, plus important, parce qu'il est plus difficile et moins accessible.

Comme je l'ai dit pour les autres parties de cette dissertation, il faudrait, pour rendre complète la partie thérapeutique, entrer dans les détails relatifs aux diverses affections morbides dont la pneumonie peut être la manifestation. Je ne veux ni ne puis entreprendre un semblable travail. Je dirai, en thèse générale, que, sans perdre de vue l'état local, il faudra y chercher, au contraire, des indications qui pourront être d'un grand prix; mais l'état général devra principalement fixer l'attention du praticien. Alors on verra, suivant les circonstances, employer avec un égal succès les antiphlogistiques, les toniques, les excitants, les antipériodiques, les vomitifs, les purgatifs, les vésicatoires et les autres révulsifs ou dérivatifs cutanés, etc.

Il est une circonstance que le médecin ne devra jamais perdre de vue, dans quelque cas que ce soit : c'est la tendance qu'a la pneumonie à prendre telle ou telle terminaison ; il devra favoriser l'effort critique ; ainsi il administrera les moyens propres à provoquer des sueurs, des selles, des urines, etc., suivant que la nature semblera tendre à faire juger la maladie par telle ou telle voie.

Enfin, l'âge, le tempérament, la constitution du sujet, sont des circonstances qui ne doivent pas être oubliées dans le traitement de la pneumonie, comme dans celui de tout autre état morbide.

En émettant les réflexions qui précèdent, j'ai cédé à une conviction profonde devant laquelle toute considération m'a paru devoir se taire. Je crois que ces réflexions sont l'expression fidèle de la vérité, qu'elles découlent de l'observation rigoureuse des faits. Si cette opinion n'est pas celle de mes juges, j'espère du moins qu'ils approuveront ma franchise et ma bonne foi, et, sous ce rapport, je crois avoir quelques droits à leur bienveillance.

FIN.